

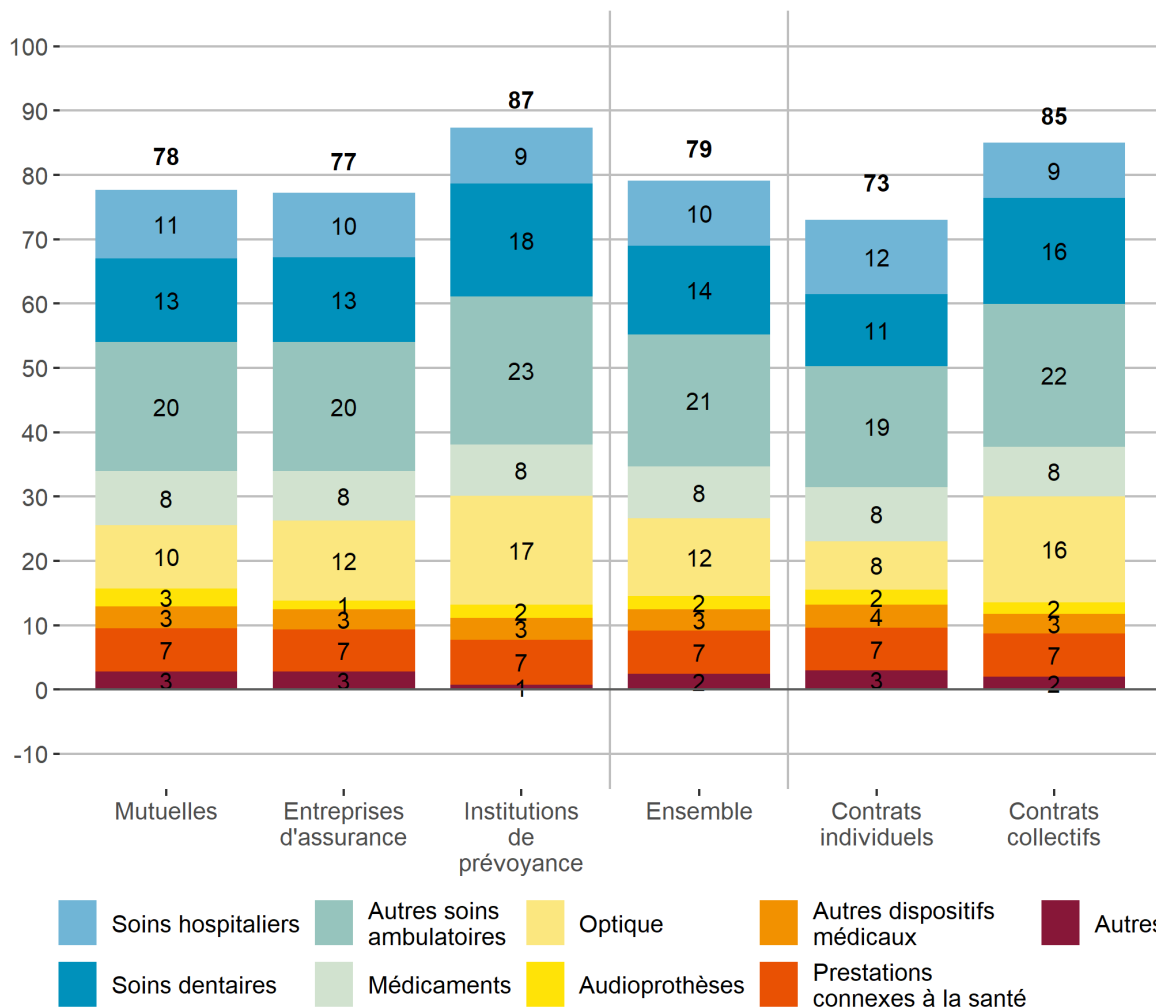
3.5 Par rapport aux contrats individuels, les contrats collectifs reversent une plus grande part de leurs cotisations en prestations d'optique et de dentaire, et une moins grande part en prestations d'hospitalisation

La part des soins dentaires et de l'optique dans l'ensemble des prestations est plus élevée pour les institutions de prévoyance que pour les mutuelles et les entreprises d'assurance. Pour 100 € de cotisations en 2024, les institutions de prévoyance ont reversé en moyenne 17 € en optique contre 12 € pour les entreprises d'assurance et 10 € pour les mutuelles (graphique 3.6) ; en dentaire elles ont reversé 18 €, contre 13 € pour les entreprises d'assurance et 13 € pour les mutuelles.

Ces hiérarchies entre types d'organismes s'expliquent surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille. En effet, pour l'optique et les soins dentaires, les contrats collectifs offrent en général de meilleures garanties pour les assurés, ce qui explique leur plus forte part dans les prestations. Pour les soins hospitaliers, les différences entre contrats individuels et contrats collectifs s'expliquent plutôt par les caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes. En effet, malgré des garanties généralement plus avantageuses, les bénéficiaires des contrats collectifs, couverts *via* leur entreprise, sont en moyenne plus jeunes et plus souvent en emploi, et consomment donc moins de soins hospitaliers que les bénéficiaires des contrats individuels, plus fréquemment retraités ou sans emploi et dont l'état de santé est en moyenne moins bon (Lapinte et al., 2024).

Graphique 3.6 – Prestations par postes de soins en 2024

En % des cotisations collectées



Note : Les « soins hospitaliers » correspondent aux soins à l'hôpital public ou en cliniques privées et aux honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques privées. Les « soins dentaires » correspondent aux soins des dentistes (y compris prothèses dentaires) exerçant en cabinets libéraux ou en centres de santé. Les « autres soins ambulatoires » correspondent aux soins des médecins (qui incluent la contribution au forfait patientèle médecin traitant ; FPMT, encadré 4), des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, en cabinets libéraux ou en centres de santé, à la consommation des laboratoires de biologie médicale, aux transports sanitaires et aux établissements thermaux. Les « médicaments » correspondent aux médicaments en ambulatoire. L'« optique » correspond à l'optique médicale. Les « audioprothèses » correspondent aux audioprothèses y compris entretien, réparation, prestations de suivi, etc. Les « autres dispositifs médicaux » correspondent au matériel, pansements, orthèses, prothèses et véhicules pour handicapés physiques, hors audioprothèses et optique. Les « prestations connexes à la santé » correspondent aux prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) et aux prestations à la périphérie des soins de santé, comme les pratiques de soins non-conventionnelles (ostéopathe, psychologue, etc.) et la prévention (vaccinations internationales, etc.). Les prestations « autres » correspondent aux prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.), aux soins en unités de soins de longue durée (USLD). Depuis le rapport 2024 portant sur l'année 2023, les variations de provisions pour sinistres restant à payer sont ventilées par poste de soins, et non plus incluses dans les prestations « autres ».

Lecture : En 2024, les prestations de soins dentaires versées par les mutuelles ont représenté 13 % de leurs cotisations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 4 : La taxation appliquée aux contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à deux prélèvements obligatoires spécifiques : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). Ces deux prélèvements ont représenté respectivement 6,1 milliards d'euros et 0,4 milliard d'euros en 2024. Sur la seule assiette des garanties en santé, le rendement de la TSA a été de 6,0 milliards d'euros, soit un total de 6,3 milliards d'euros de prélèvements sur les garanties en santé en 2024. Le taux de prélèvement apparent sur les 45,1 milliards d'euros de cotisations collectées en santé (telles que déclarées auprès de l'Urssaf, qui excluent les garanties accessoires aux contrats « frais de soins », à la différence des cotisations collectées déclarées auprès de l'ACPR, voir tableau 1.7) par les organismes complémentaires s'est ainsi élevé à 14,1 % en 2024. Les contrats collectifs et les contrats pour les indépendants sont en outre soumis à un régime socio-fiscal spécifique. Par le passé, deux prélèvements ponctuels sur les contrats santé ont également existé : la contribution exceptionnelle H1N1 et la contribution exceptionnelle Covid (pour plus de détails sur l'historique de la taxation des complémentaires santé, voir l'annexe 1bis du Panorama « La Complémentaire Santé – édition 2024 », et pour plus de détails sur la contribution exceptionnelle Covid, voir l'encadré 6 du rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé).

La taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé acquittent, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA). La TSA actuelle résulte de la fusion²³ de l'ancienne TSA²⁴ avec la part de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA²⁵) qui portait également sur les contrats d'assurance complémentaire santé. Le taux de cette taxe varie en fonction du type de contrat d'assurance ; dans le cas général (contrats responsables et solidaires « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), ce taux s'élève à 13,27 % des cotisations émises en santé²⁶. La TSA est prélevée par les organismes d'assurance et est ensuite intégralement reversée à l'Urssaf Ile-de-France. Une majorité du produit de cette taxe finance la complémentaire santé solidaire, qui a remplacé la CMU-C et l'ACS au 1^{er} novembre 2019 (encadré 5). En 2017, la TSA est devenue l'unique source de financement du Fonds C2S, anciennement Fonds CMU, qui servait à financer la complémentaire santé solidaire avant sa dissolution au 1^{er} janvier 2021. Le pilotage de la complémentaire santé solidaire a été modifié au 1^{er} janvier 2021 dans le cadre du PLFSS pour 2021, suite à la décision de suppression du Fonds C2S par le Comité interministériel de la transformation publique (CITP) de novembre 2019. Les missions du Fonds ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Urssaf Caisse nationale et au ministère de la santé et de la prévention, au titre de leurs compétences respectives. En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM, en remplacement du Fonds C2S. L'article 28 de la LFSS pour 2018 avait modifié les modalités de financement du fonds de façon à équilibrer strictement ses dépenses. Le produit de la taxe concernant les garanties santé est attribué au fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le montant de la TSA affecté au fonds est donc déterminé *ex post*, et le solde affecté à la CNAM (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails).

Ce rapport adopte le point de vue des organismes d'assurance dont la situation financière est examinée. Les cotisations sont donc exprimées hors taxe, de façon à refléter le montant de cotisations sur lequel les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations aux assurés, réalisent d'éventuels profits, etc. De ce point de vue les organismes ont ainsi reversé aux assurés 79 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations en 2024.

²³ Article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

²⁴ L'ancienne TSA (créée par l'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011) remplaçait la contribution CMU (créée par l'article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Le taux de cette contribution avait été augmenté à deux reprises, en 2006 et 2009.

²⁵ La TSCA, créée par l'article 21 de la loi n° 75 du 31 janvier 1944 portant réforme fiscale, s'appliquait à l'ensemble des contrats d'assurance, y compris les garanties santé. Les taux de TSCA sur les contrats santé sont nuls depuis la fusion avec l'ancienne TSA en 2016. Depuis 2016, la TSCA continue néanmoins de porter sur les activités d'assurance autres que la santé.

²⁶ Pour plus de détails, voir le chapitre 3 du rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

En revanche, les assurés acquittent la TSA et peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, de la complémentaire santé solidaire. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations toutes taxes comprises (TTC) apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

→ Les assurés qui ont un contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine environ 70 % en moyenne (79 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payées à l'organisme assureur²⁷, cotisations auxquelles s'ajoutent, pour la grande majorité des contrats, 13,27 € de taxes).

→ Les assurés qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire avec participation financière ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, qui dépend du montant de leur participation financière à la complémentaire santé solidaire, cette participation étant croissante avec l'âge.

→ Quant aux personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire sans participation financière, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

Au global, en 2024, les assurés ont perçu 36,8 milliards d'euros de prestations auxquels s'ajoutent les prestations versées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, à hauteur de 3,8 milliards d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par les régimes d'Assurance maladie obligatoire et à hauteur de quelques millions d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par un organisme complémentaire (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails). Les assurés ont par ailleurs versé 46,5 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, d'après les données ACPR, auxquels s'ajoutent 6,1 milliards d'euros de TSA et 0,4 milliard d'euros de participations à la complémentaire santé solidaire avec participation, versées à l'assurance maladie obligatoire et aux organismes complémentaires gestionnaires. En 2024, le ratio prestations sur cotisations s'est donc établi globalement, en tenant compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire, à 76,7 %, contre 79,1 % hors TSA et complémentaire santé solidaire (tableau 3.7). Ce ratio estimé ne peut toutefois pas être entièrement assimilé à un retour sur cotisations dans la mesure où la TSA collectée ne peut être redistribuée aux assurés directement par les organismes complémentaires.

Tableau 3.7 – Ratio prestations sur cotisations, sans puis avec la TSA et la complémentaire santé solidaire (C2S) gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, en 2024

| | Cotisations, participations C2S, ou TSA payées par les ménages (en Md€) | Prestations reçues par les ménages (en Md€) | Ratio prestations sur cotisations (en %) |
|---|---|---|--|
| Cotisations et prestations gérées par les organismes complémentaires (hors C2S et TSA) | 46,5 | 36,8 | 79,1 |
| Participations et prestations C2S dont : | 0,4 | 3,8 | |
| <i>gérées par les organismes complémentaires</i> | <i>0,1</i> | <i>0,0</i> | |
| <i>gérées par le régime de base</i> | <i>0,3</i> | <i>3,8</i> | |
| TSA | 6,1 | | |
| Total | 53,0 | 40,6 | 76,7 |

Lecture : En 2024, le ratio prestations sur cotisations s'est élevé à 79,1 % hors prise en compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, et à 76,7 % en les intégrant.

Source : ACPR, Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, calculs DREES.

²⁷ Une partie des cotisations peut néanmoins être payée par l'employeur le cas échéant (pour plus de détails, voir la fiche 13 du Panorama « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », DREES).

La contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT)

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)²⁸ consiste en un surplus de rémunération pour les médecins traitants ; entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui jouaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Le taux de la contribution des organismes complémentaires à ce financement est fixé à 0,8 % de leurs cotisations d'assurance maladie, depuis l'année 2019²⁹. Entre 2013 et 2018, il existait une participation des organismes complémentaires à la prise en charge des modes de rémunération des médecins³⁰. Elle était égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et d'ayants droit couverts par l'organisme et ayant consulté leur médecin traitant dans l'année³¹.

Dans les données ACPR mobilisées dans ce rapport, la contribution FPMT due par les organismes complémentaires est généralement incluse dans leurs prestations versées. Le montant total de cette contribution s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2024.

Les avantages socio-fiscaux sur les contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à un régime socio-fiscal spécifique. La participation de l'employeur aux cotisations des contrats collectifs (assimilable à un surcroît de rémunération du salarié) n'est pas soumise à cotisations sociales, mais à un forfait social à taux dérogatoire inférieur au taux des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité. De plus, la part de cotisation de complémentaire santé payée par le salarié bénéficiaire d'un contrat obligatoire d'entreprise est déduite de son revenu imposable. Enfin, les indépendants bénéficient eux aussi d'un avantage fiscal sur leur contribution à une complémentaire santé : leur cotisation est entièrement déductible de leur assiette de revenu imposable. Ces avantages socio-fiscaux s'adressant aux personnes en emploi, ils favorisent davantage les ménages de niveau de vie élevé (Fouquet M., Pollak C., 2022).

Encadré 5 : Gestion de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019).

La CMU-C était une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. L'ACS était une aide qui s'adressait aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à souscrire un contrat d'assurance complémentaire santé individuel (pour plus de détails sur la CMU-C et l'ACS, voir l'encadré 5 du rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2022).

Au 1^{er} novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné pour devenir la complémentaire santé solidaire. Selon les ressources du demandeur, la complémentaire santé solidaire peut être sans ou avec participation financière. Les organismes complémentaires peuvent gérer le dispositif avec et sans participation financière. La complémentaire santé solidaire offre une large couverture : son panier de soins correspond à celui de la CMU-C mais intègre aussi les paniers de soins « 100 % santé » en

²⁸ Défini à l'article 15.4.1 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

²⁹ Article L862-4-1 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS pour 2019.

³⁰ Mise en place par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

³¹ Le forfait était fixé à 2,5 € pour l'année 2013, a augmenté jusqu'à 5 € en 2017, puis 8,10 € en 2018.

optique, audiologie et soins dentaires, avec des tarifs spécifiques et des prises en charge supplémentaires en matière de soins dentaires (orthodontie par exemple).

Le Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire rattaché à la CNAM a remplacé au 1^{er} janvier 2021 le Fonds C2S. Ce nouveau fonds a ainsi repris la gestion des dépenses de complémentaire santé solidaire. Le montant de TSA qui lui est versé par les organismes complémentaires est, d'une part, majoré des participations payées par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire payante, et d'autre part, minoré du remboursement des frais de gestion supportés par les organismes complémentaires au titre de la complémentaire santé solidaire payante.

Les organismes complémentaires participant à la gestion de la complémentaire santé solidaire doivent s'inscrire sur une liste publique qui les référence : en 2024, 82 organismes complémentaires étaient habilités à gérer la complémentaire santé solidaire (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2025). Cependant, les prestations versées par les organismes complémentaires au titre de la complémentaire santé solidaire ont très fortement diminué en 2024. Sur les 3,8 milliards d'euros de prestations de complémentaire santé solidaire versés en 2024, la quasi-totalité ont été versés par le régime de base et quelques millions d'euros ont été versés par les organismes complémentaires (tableau 3.7). En effet, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire a été réformé en 2023, selon l'article 88 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Désormais, les régimes de l'assurance maladie continuent de régler aux professionnels de santé la dépense pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire dont les droits sont gérés par un organisme complémentaire dans le cadre du tiers payant intégral, mais ils ne se font plus rembourser par ces derniers. Ils se font rembourser par le Fonds de la complémentaire santé solidaire ouvert auprès de la CNAM. Les organismes complémentaires, pour leur part, ne prennent plus en charge que les dépenses résiduelles hors tiers payant intégral (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2024).

Pour les organismes complémentaires, les opérations relatives à la complémentaire santé solidaire constituent des opérations réalisées pour compte de tiers. Les flux de règlement de prestations et d'encaissement de participations n'apparaissent pas dans la comptabilité technique des organismes. En revanche, les frais de gestion de ces contrats sont portés dans les « autres charges techniques » du compte de résultat et les produits acquis en contrepartie de la prestation de gestion rendue dans les « autres produits techniques ». Ainsi, les frais de gestion des organismes qui couvrent de nombreux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont majorés par rapport à ceux des organismes qui n'en couvrent pas. Il s'agit très majoritairement de mutuelles et, dans une moindre mesure, d'entreprises d'assurance (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2025).
